

Datum: _____

Geachte Mevrouw, Meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____ M/V

Geboorteplaats: _____ Tel.: _____

Emailadres: _____

Beroep: _____ Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Behandelend arts: _____ spec: _____

Adres: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

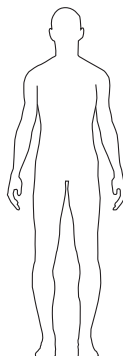
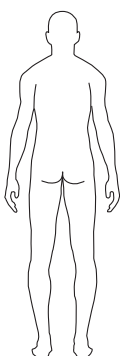
Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts* _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



* Zie brief intake, aankruisen.

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend):

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd):

Zijn er momenten op een dag van inzinking? _____

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is de stoelgang? _____ x dagelijks/ _____ x per week. Regelmatig / onregelmatig

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig* Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart*

Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?

voorkeur: _____ afkeur: _____

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? _____

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. _____

2. _____

3. _____

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: _____

Vader: _____

Overige Familieleden: _____

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

ALGEMEEN

- ☐ ☐ hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks *
- ☐ ☐ Waar in het hoofd? _____
- ☐ ☐ slapeloosheid
- ☐ ☐ slecht inslapen
- ☐ ☐ gewichtsverandering: toename/ afname *
- ☐ ☐ duizeligheid
- ☐ ☐ vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- ☐ ☐ dubbel/ vaag zien
- ☐ ☐ allergie: _____
- ☐ ☐ Overig: _____

LUCHTWEGEN/ K.N.O.

- ☐ ☐ hyperventilatie
- ☐ ☐ ademnood
- ☐ ☐ chronisch hoesten
- ☐ ☐ chronisch verkouden
- ☐ ☐ astma
- ☐ ☐ keelpijn/ ontstekingen
- ☐ ☐ sinusitis
- ☐ ☐ oorsuizen
- ☐ ☐ longontsteking
- ☐ ☐ Overig: _____

HART EN BLOEDVATEN

- ☐ ☐ hoge/ lage bloeddruk*
- ☐ ☐ opgezette klieren
- ☐ ☐ aderverkalking
- ☐ ☐ onregelmatige hartslag
- ☐ ☐ pijn/ beklemming borst
- ☐ ☐ hartkloppingen
- ☐ ☐ koude handen/ voeten
- ☐ ☐ spataders
- ☐ ☐ vocht vasthouden
- ☐ ☐ Overig: _____

URINEWEGEN

- ☐ ☐ nierinfectie/ nierstenen
- ☐ ☐ pijn bij het plassen
- ☐ ☐ prostaatklachten
- ☐ ☐ blaasontsteking
- ☐ ☐ geslachtsziekte
- ☐ ☐ verandering urine
- ☐ ☐ verandering libido
- ☐ ☐ Overig: _____

HUID

- ☐ ☐ eczeem/ uitslag *
- ☐ ☐ snel blauwe plekken
- ☐ ☐ droge huid/ transpiratie *
- ☐ ☐ doofheid/ huid
- ☐ ☐ jeuk
- ☐ ☐ snel brekende nagels
- ☐ ☐ haaruitval/ brekend haar *
- ☐ ☐ overig: _____

MAAG/ DARMEN

- ☐ ☐ darmontsteking
- ☐ ☐ verstopping
- ☐ ☐ diarree
- ☐ ☐ droge mond
- ☐ ☐ opgezette buik
- ☐ ☐ misselijkheid
- ☐ ☐ winderigheid
- ☐ ☐ buikpijn/ krampen*
- ☐ ☐ maagzuur
- ☐ ☐ bloedingen
- ☐ ☐ overig: _____

SPIEREN/ GEWRICHTEN

- ☐ ☐ gespannen/ slappe spieren *
- ☐ ☐ lage rugpijn
- ☐ ☐ nekpijn
- ☐ ☐ tintelingen/ uitstraling
- ☐ ☐ gewrichtspijnen
- ☐ ☐ spierpijnen/ krampen
- ☐ ☐ bewegingsbeperking
- ☐ ☐ reuma
- ☐ ☐ krachtsvermindering
- ☐ ☐ overig: _____

VROUW Zwanger JA/NEE

- ☐ ☐ leeftijd 1e menstruatie: _____
- ☐ ☐ pijnlijke menstruatie
- ☐ ☐ onregelmatige menstruatie
- ☐ ☐ langdurige menstruatie
- ☐ ☐ pijnlijke borsten
- ☐ ☐ premenstrueel syndroom
- ☐ ☐ witte vloed
- ☐ ☐ Overig: _____

GESTELDHEID

- ☐ ☐ burn-out
- ☐ ☐ overspannen
- ☐ ☐ zenuwachtigheid
- ☐ ☐ depressies
- ☐ ☐ overbezorgdheid
- ☐ ☐ concentratiezwakte
- ☐ ☐ geheugenvermindering
- ☐ ☐ angst
- ☐ ☐ veel piekeren
- ☐ ☐ lusteloosheid
- ☐ ☐ opkroppen
- ☐ ☐ weinig zelfvertrouwen
- ☐ ☐ verdriet, droefheid
- ☐ ☐ besluiteloosheid
- ☐ ☐ geïrriteerdheid
- ☐ ☐ opvliegers
- ☐ ☐ overig: _____
- _____
- _____
- _____

Ziektegeschiedenis.

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. De kinderziektes die u heeft gehad en eventuele inentingen.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (echscheiding, overspannen, depressies, etc.).
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa) en eventuele inentingen.

LEEFTIJD ZIEKTE/ KLACHT/ ZWANGERSCHAP/ ONTWIKKELING.

Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven? _____

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

--

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer: _____

--

Verergering van: _____